

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1928

THESE

N° 341

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Edmond SECRET

Ex-Interne des Hôpitaux de Reims

Moniteur de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Né le 20 Juillet 1902, à Longueil-Annel (Oise)

A PROPOS

**DU DÉPISTAGE DE LA SYPHILIS
DANS LES MATERNITÉS**

Président : M. BRINDEAU, Professeur

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'École-de-Médecine, 13

PARIS

1928

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1928

THESE

N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Edmond SECRET

Ex-Interne des Hôpitaux de Reims

Moniteur de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Né le 20 Juillet 1902, à Longueil-Annel (Oise)

A PROPOS

**DU DÉPISTAGE DE LA SYPHILIS
DANS LES MATERNITÉS**

Président : M. BRINDEAU, Professeur

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1928

LE DOYEN..... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	N...
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON
	ACHARD
	WIDAL
	MARFAN
	NOBÉCOURT
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE
Clinique des maladies des enfants	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ...	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET
Clinique des maladies infectieuses	HARTMANN
Clinique chirurgicale	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
	COUVLLAIRE
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	BRANCA.
Clinique de la tuberculose	L. BERNARD.



H. — AGREGES EN EXERCICE

ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
ABRAMI	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BIET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.
LE ROUX	Anatomie pathologique.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHTER Fils	Physiologie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) ..	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
BETTERER	Histologie.
TANCN	Pathologie médicale.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ALGLAVY	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
GOUGEROT	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEREBoullet	Clinique médicale infantile.
LÉRY	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE ET A MON PERE

A MES FRERES

A MON ONCLE GEORGES PARLY

A MA COUSINE DENISE PARLY

A MON MÂTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. BRINDEAU

Officier de la Légion d'Honneur
Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris

Faible témoignage de reconnaissance, de respect et d'admiration.

A MES MAÎTRES

DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MESSIEURS LES PROFESSEURS

J.-L. FAURE, MARFAN, MILIAN, VAUDESCAL

A MESSIEURS LES DOCTEURS
DESIOUBRY, JACQUET, LANTUEJOUL,
DE PERETTI DELLA ROCCA, DE MANET
Chefs de clinique à la Clinique Tarnier

A MONSIEUR LE DOCTEUR CARTIER,

A MONSIEUR HINGLAIS,
Chefs de laboratoire à la Clinique Tarnier

A MONSIEUR BAILLIS,
Interne à la Clinique Tarnier

A M. DE TRAVERSE,
Pharmacien de la Clinique Tarnier

A MONSIEUR LE DOCTEUR COURTOIS,
Moniteur de la Clinique Tarnier

A MES COLLEGUES ET AMIS
Moniteurs de la Clinique Tarnier

**A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE
ET DE L'HOTEL-DIEU DE REIMS**

- M. LE DOCTEUR DE BOVIS, Professeur de clinique obstétricale.
- M. LE DOCTEUR A. POZZI, ancien Directeur de l'Ecole de Médecine, ancien Professeur de clinique chirurgicale.
- M. LE DOCTEUR JACQUINET, Directeur de l'Ecole de Médecine, Professeur de clinique médicale.
- M. LE DOCTEUR TECHONEYRES, Directeur du laboratoire de l'Ecole de Médecine, Professeur d'histophysiologie.
- M. LE DOCTEUR LARDENNOIS, Professeur de clinique chirurgicale.
- MM. LES DOCTEURS FOSSIER, MORANGE, DAILLET, Médecins des Hôpitaux.
- MM. LES DOCTEURS BIELARD, BOUVIER, LEDOUX, Chirurgiens des Hôpitaux.
- M. LE DOCTEUR DELATRE, oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux.
- M. LE DOCTEUR QUENTIN, ophtalmologiste des Hôpitaux.
- M. LE DOCTEUR CHAPPAZ, Chef de clinique à la maternité de Reims.
- Mme LE DOCTEUR LEFORT, Directrice de l'Hôpital américain de Reims.

INTRODUCTION

Malgré les progrès réalisés en syphilothérapie, en ces dernières années, la syphilis serait en progression, ainsi que tendent à le démontrer de récents débats à l'Académie de Médecine (1).

Cette recrudescence reconnaît plusieurs causes. Parmi celles-ci, une des plus importantes est l'immigration étrangère, active et mal surveillée.

Pendant, cette contagion devrait s'éteindre, comme s'est éteinte la lèpre au Moyen Age (2).

Les connaissances acquises sur ce fléau devraient entraîner sa diminution progressive et son extinction. Tant qu'on ignore le mode de contagion de la syphilis, qu'on admit qu'elle se transmettait aussi bien par les miasmes que par le contact, le mal ne se contractait pas seulement par rapprochement sexuel, mais aussi par tous les contacts sociaux, en man-

(1) Janselme et Burnier. — « La syphilis est-elle en décroissance dans la population ouvrière ? ». Masson, édit., Paris, 1926. (Extrait du *Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 9 mars 1926, tome XCV, n° 10.)

(2) Janselme. — « La prophylaxie individuelle et sociale des Maladies vénériennes », « L'effort de la France contre le péril vénérien », n° 7, supplément au numéro de *La Vie Saine*.

geant, en buvant, en embrassant, par le rasoir du coiffeur, l'embout du narghilé, la pointe du tatoueur, etc., etc.

Avec les progrès de la propreté et de l'hygiène, ces modes de propagation sont devenus rares. Mais ils sont encore extrêmement communs dans les pays à faible culture. En Indo-Chine, en Algérie, en Abyssinie, à Madagascar, en Russie, etc., on compte 90 et même 95 pour 100 de vérolés. Il suffit qu'un commerçant, un soldat apportent le virus dans un village pour qu'en peu de temps tous soient contaminés.

De même que les pays civilisés réussissent à éviter ces modes de contagion, de même par une propagande et une lutte bien conduites, par des soins précoces et efficaces, ils doivent triompher de l'autre mode, du contact sexuel, actuellement seul en cause ou à peu près.

Les moyens de défense sont difficiles à organiser.

Dans son rapport du 10 novembre 1921 sur la lutte antivénérienne, M. le Docteur Faivre constate que l'organisation de la lutte « ne se poursuit pas aussi rapidement qu'on pourrait le souhaiter, eu égard à l'étendue du mal qu'il s'agit de combattre et que les résultats obtenus, si grands qu'ils soient, sont encore insuffisants ».

Pour cette lutte, on a pourtant fondé de nombreuses institutions, des dispensaires, des consultations, etc., où l'on cherche à dépister et à traiter

énergiquement le mal le plus tôt possible, sitôt contracté.

Récemment, le nombre des services a augmenté considérablement, grâce au relèvement des crédits (9.500.000 fr.). Les centres de dépistage et de traitement qui fonctionnent dans les hôpitaux, les dispensaires d'hygiène sociale, etc., sont, d'après le rapport sur le fonctionnement et l'activité de l'Office National d'Hygiène sociale, de juin 1926, au nombre de 254, au lieu de 239 en fin 1924.

Parmi ces nombreux facteurs de défense sociale, il convient de placer en première ligne nos Maternités.

CHAPITRE I

IMPORTANCE DE L'ACCOUCHEUR DANS LA LUTTE SOCIALE CONTRE LA SYPHILIS

L'accoucheur est actuellement, de tous les spécialistes, le mieux placé pour dépister la syphilis. Il voit la mère durant sa grossesse, son accouchement et les suites de couches. Il voit l'enfant plusieurs mois.

Cela lui permet d'étayer son diagnostic dans un espace de temps considérable. Son champ de recherches est cinématique, et non statique.

Avec la vie chère, avec l'évolution des mœurs qui tendent de plus en plus à regarder comme normaux et courants les soins à l'hôpital, les accouchements sont de plus en plus nombreux dans les Maternités. A Paris, 77 pour 100 des mères accouchent soit à l'hôpital, soit chez les sages-femmes agréées, qui sont des annexes des Maternités. C'est dire que la classe moyenne use des ressources des

Maternités et que seules les familles riches s'en abstiennent.

Ce n'est pas tout ; l'accouchée est entourée d'un réseau d'institutions charitables qui la prennent avant son accouchement et la suivent, elle et son enfant.

Des consultations prénatales fonctionnent dans les Maternités. Celle de la Clinique Baudelocque existe depuis 1890 et en 24 ans a pratiqué 180.000 examens. Elle a organisé, sous la direction du professeur Couvelaire, un dispensaire pour le traitement des maladies héréditaires. Les femmes suspectes de syphilis y sont dirigées.

Les Consultations pour femmes enceintes et nourrissons, qui étaient au nombre de 48 fin 1924, sont en 1926, au nombre de 81.

Pour les examens sérologiques, on a créé en 1925, 17 laboratoires centraux, offrant toutes les garanties désirables et annexés, soit à de grands laboratoires déjà existants, soit à des services de syphiligraphie (A. Martinez).

La loi Strauss sur le repos des femmes en couches porte sur les quatre semaines qui précèdent et les quatre semaines qui suivent l'accouchement.

Quand elle sera appliquée, le champ de dépistage de la syphilis sera plus étendu et plus généralisé.

Il y a surtout les maisons maternelles où l'accouchée, dénuée de ressources, est envoyée par les Maternités.

Ce sont des institutions où, sous la garantie du

secret, sont hébergées des femmes enceintes quelques mois avant le terme de la gestation. Elles peuvent y accoucher et y demeurer après l'accouchement pendant tout le temps que dure l'allaitement maternel ; suivant le cas l'accouchement pourra se faire dans un établissement spécial en relation avec la maison maternelle (Prof. Léon Bernard) (1).

La mère est encore aidée par les Mutualités maternelles, les Pouponnières, les Gouttes de lait, les crèches, les chambres d'allaitement, les nourriceries. Le docteur Nouilly a décrit récemment dans sa thèse inaugurale, la nourricerie du Vinatier du département du Rhône.

Avec un tel armement, l'accoucheur a la possibilité de dépister et de traiter la syphilis dès le temps de grossesse et, si l'enfant vit, de continuer ses soins, ou de transmettre son diagnostic au pédiatre qui lui succède.

L'accoucheur deviendra ainsi, il est déjà, un facteur social important pour l'extinction du fléau.

La mentalité propre à la mère l'aidera grandement dans sa tâche.

(1) On sait qu'une maison maternelle a été installée dans les anciens locaux de l'hospice d'Aliénés de Charenton. On ne peut donc plus dire avec Wurtz : « Le Ministère de l'Hygiène est une façade derrière laquelle il n'y a rien. » Mais on peut déplore qu'il n'y ait pas assez. Toute maternité devrait être doublée d'une Maison Maternelle où seraient reçues sans la moindre formalité administrative : 1^o toute femme désirant abriter sa grossesse, et cela dès les premiers mois ; 2^o toute femme récemment accouchée qui allaite son enfant. C'est un tryptique indivisible ; une Maternité ne doit fonctionner que si elle est encadrée de ces deux asiles (Dr Bosc de Tours, Commun. Acad. Médéc., 1919).

Les praticiens savent avec quelle peine on arrache à un malade l'aveu de sa syphilis. Son intérêt est d'être franc, il devrait l'être vis-à-vis de son médecin comme l'est le croyant vis-à-vis de son confesseur. Point. Il nie ce qu'il sait être vrai, il veut se faire illusion et il se laisse prendre à ses propres mensonges.

C'est au point que le Docteur Audrain, en 1911, dans son excellent livre sur « la Syphilis Obscure », recommandait de ne jamais demander à un malade, quel qu'il fut, s'il a eu la vérole. Car, disait-il, ceux qui veulent l'avouer n'attendent pas cette question, et ceux qui veulent le cacher font grief au médecin de sa perspicacité.

Les malades pensent ainsi parce qu'ils n'ont recours au médecin que quand ils se croient atteints d'une affection un peu sérieuse et négligent tout ce qui ne les fait pas souffrir. L'accident primaire de la syphilis, de même que les manifestations secondaires sont parfois si discrets qu'on les laisse passer sans inquiétude et on s'irrite si le médecin ne partage pas cette tranquillité.

Le médecin n'a pas la liberté de chercher la syphilis chez la femme d'un malade, parfois chez un homme qui vient le consulter et qui se révolte à l'idée qu'il peut être atteint. Il n'a pas la liberté de la chercher auprès des parents, des frères, des sœurs d'un enfant qui peut être hérédo-syphilitique. Il n'a pas la liberté de soigner franchement, énergiquement, la femme chez laquelle il a découvert l'infec-

tion, l'enfant qu'il a reconnu malade. Il en résulte que parfois, le médecin cache le mal tout en le traitant. Il existe des cas beaucoup trop nombreux de syphilis connue du médecin et ignorée du malade. Ils étaient fréquents, même dans la clientèle hospitalière, parmi des syphilitiques examinés et traités avec négligence. Dans la pratique urbaine, on rencontrait des malades chez lesquels le médecin avait appliqué un traitement, fait disparaître des accidents, en laissant les patients exposés aux conséquences futures de l'infection, parce qu'il ne leur avait pas déclaré de quel mal ils étaient atteints. Une direction morale est nécessaire à tout syphilitique, aussi bien qu'à tout tuberculeux. Jamais un malade ne fait un traitement régulier, soutenu, jamais il ne se soumet à une discipline dont il ne comprend pas les raisons (Leredde).

D'ailleurs, aujourd'hui, on ne peut plus agir comme Andrain le conseillait, car il faut, en cas de doute, faire une prise de sang, et, en général, le client sait ce que cela veut dire.

Dans les villes, il est vrai, la mentalité du public évolue rapidement : on commence à s'habituer à cette possibilité et à admettre cet examen. Pour le rural, il n'en va pas de même. Il garde l'ancienne mentalité : une prise de sang lui paraît une opération onéreuse, inutile, effrayante. Le médecin qui insiste passe bientôt dans le pays pour un esprit systématique, faux, dangereux.

Toute autre est la clientèle de l'accoucheur. La

mère tient par toutes les fibres de son être à la santé de son enfant. Elle voudra écarter de lui tout péril, tout danger pour sa vie.

L'accoucheur, presque dans tous les cas, peut compter ici sur la franchise de la femme. Son enquête familiale en est par suite, singulièrement facilitée.

Les Maternités, on le voit, sont indiquées pour devenir un apport capital dans la lutte sociale contre la syphilis.

CHAPITRE II

LES HÉRÉDO-SYPHILIS ATTÉNUÉES

Dépister la syphilis chez la mère et chez l'enfant est très facile ou très difficile suivant l'intensité du mal.

Prenons le nouveau-né ; s'il est en puissance d'hérédo-syphilis floride, le diagnostic s'impose et avec lui un traitement énergique.

Il porte sa signature par les syphilides cutanéo-muqueuses, l'hépatosplénomégalie avec ou sans ic-tère, le coryza sanguinolent.

De tels cas sont hors de conteste, ils sont classiques. Depuis longtemps cette hérédo-syphilis patente est connue. Nous ne remonterons pas à Torrella en 1498, à Vella en 1508, à Paracelse en 1529, qui connaissaient cette transmission ; nous ne nous arrêterons pas à Van Helmont au ^{xvii}^e siècle, qui soutenait que la syphilis pouvait se transmettre à plusieurs générations. Nous ne remonterons même pas

à Deday qui, en 1854, en son *Traité de la Syphilis des Nouveaux-Nés* exposait déjà l'hérédo-syphilis.

Il faut arriver à la fin du XIX^e siècle pour voir éclore la période scientifique de la question.

Alfred Fournier, en 1891, étudie l'hérédo-syphilis qui peut frapper deux générations. Son fils Edmond reprend et complète ses recherches.

Alfred et Edmond Fournier reconnaissent déjà l'existence de syphilis larvées qui n'éclatent qu'après bien des années.

Signalons encore la thèse de Larger en 1911.

Il faut arriver à Audrain de Caen, pour posséder une contribution importante à l'existence de la « Syphilis obscure ». C'est le titre qu'il donne à son ouvrage paru en 1911.

La thèse toute récente d'Abramovitz donne un complet aperçu de la question (1928).

La syphilis obscure s'oppose à l'hérédo-syphilis floride. Aussi l'a-t-on dénommée bénigne, occulte larvée, latente, cryptique, dégradée. Tandis que la syphilis floride est aisée à diagnostiquer, ici le problème clinique est difficile à résoudre, parfois impossible.

Or, ce n'est pas la syphilis qu'on voit, qui est la plus dangereuse, c'est celle qu'on ne voit pas. Aussi les syphiligraphes ont-ils insisté sur cette difficulté.

Il y a, à côté de l'hérédo-syphilis qui se voit, une syphilis héréditaire cachée, d'autant plus sournoise qu'elle ne se manifeste pas par les signes spécifiques habituels; d'autant plus redoutable qu'elle

est plus insidieuse et bénigne en apparence (D^r Devraigne). On l'appellera syphilis héréditaire, latente, probable, de présomption, « et il sera plus aisé de la soupçonner que d'en prouver l'existence » (Hutinel). Elle demandera un « diagnostic de sentiment » (Ribadeau-Dumas), donc ne reposant pas toujours sur des bases solides.

« Il y a, dit Milian, des syphilis héréditaires qui ne se manifestent par aucun symptôme clinique objectif et qui restent telles pendant des années. A ce point de vue, bien des syphilis resteront muettes pour beaucoup de médecins qui font mouvoir la syphilis dans un cadre trop étroit. Ceci est affaire d'instruction personnelle, et aussi d'instruction générale commandée par les progrès incessants de la science médicale. »

A la conférence de la syphilis héréditaire tenue à Paris en 1925, Leredde écrivait dans son rapport : « Il existe des formes beaucoup plus nombreuses où l'infection ne peut être démontrée de suite. L'enquête clinique, familiale, les recherches de laboratoire, révèlent des faits qui permettent de croire à la syphilis congénitale, non de l'affirmer au sens scientifique du terme ».

C'est de cette syphilis occulte, latente, inapparente, que nous nous occuperons, parce que justement difficile à dépister.

On se demandera tout d'abord pourquoi la syphilis présente de telles variations d'intensité. En vérité la même question serait à poser pour toutes

les maladies contagieuses, car toutes présentent de pareilles variations. On les a signalées notamment dans la maladie du sommeil au Congo ; dans cette dernière on peut trouver des spirochètes dans le liquide céphalo-rachidien chez des sujets en apparence bien portants.

Ici elles nous frappent davantage parce que la syphilis est une maladie fort commune. Ces différences peuvent tenir au terrain et à l'être virulent lui-même.

a) *Au terrain* : quand le terrain est défavorable à la graine virulente, celle-ci sommeille, sans que pour cela, elle soit forcément expulsée ou morte.

Il y a une symbiose qu'on ne saurait mieux comparer qu'à celle du champignon des orchidées. Il vit dans l'intérieur des cellules de la plante sans que celle-ci semble en souffrir. Bien mieux, Noël Bernard avait admis que cette symbiose était nécessaire à la floraison de l'orchidée, ce qui, actuellement, est reconnu faux (1).

Mais à un moment donné, sous l'influence de causes adjuvantes obscures, l'équilibre est rompu, les champignons deviennent virulents, manifestent leur pouvoir pathogène, attaquent leur hôte, l'orchidée est malade.

Il en est de même de notre organisme. L'hérédosyphilitique peut avoir une santé normale. La sym-

(1) Constantin Jukien. — « La vie des Orchidées ». Bibl. Culture Générale, Paris, 1927.

biose de son organisme avec le tréponème est invisible, insoupçonnée. Et il arrive, Alfred Fournier l'a démontré, et bien d'autres après lui, qu'à l'âge de 25 ans, parfois plus tard, se développe par exemple une gomme chez un sujet qui jusqu'alors s'était parfaitement bien porté et chez qui rien ne laissait prévoir cet accident.

C'est qu'il y avait symbiose avec équilibre parfait entre l'organisme et les tréponèmes, et que le déséquilibre s'est produit sous l'influence de causes adjuvantes qui pouvaient être minimales.

b) *A la variété du tréponème* : depuis la découverte des bactéries ultra-filtrantes d'Hérelle, un monde nouveau s'est ouvert en pathologie.

Albert Vaudremer (1) notamment a prouvé que le bacille tuberculeux pouvait se transmettre, sous cette forme, de la mère au fœtus et qu'il donne à ce dernier un syndrome qui diffère de celui du bacille de Koch.

Nous n'insisterons pas sur cette découverte, ce serait sortir de notre sujet. Mais il convient de rappeler que plusieurs syphiligraphes estiment qu'il pourrait en être de même pour le tréponème.

On s'expliquerait alors comment la syphilis, si virulente chez certains hérédos, dans l'organisme desquels foisonnent des tréponèmes, est si atténuée

(1) Vaudremer (Albert). — « Le Bacille tuberculeux », « Etudes bactériologiques, cliniques et thérapeutiques ». Paris, 1927.

chez nombre d'autres hérédos, chez lesquels il est impossible de décèler le moindre tréponème.

On s'expliquerait encore l'allure larvée de certaines syphilis conjugales, chez l'épouse qui, mariée à un syphilitique, ne manifeste aucun accident, si ce ne sont des fausses couches, des morts-nés ou des hérédos. Et, à un moment donné, elle éprouve un accident isolé comme une lésion au cœur, une artérite, etc...

On expliquerait enfin les obscurités de certains cas de transmission de la syphilis.

Tous les syphiligraphes admettent que la mère transmet au fœtus une syphilis qu'elle a acquise avant la grossesse ou aux cinq premiers mois de sa grossesse. Beaucoup admettent qu'une syphilis acquise du 5^e au 7^e mois ne se transmet que rarement, et après, ne se transmet plus.

Mais ils ne sont plus d'accord pour admettre que le père seul puisse donner la syphilis à l'embryon par son sperme infecté. On a bien admis en ces derniers temps que des spermatozoïdes altérés, à deux queues, témoignaient de leur infection, mais ce n'est pas sûr.

Le fœtus syphilisé par le père peut-il communiquer son mal à sa mère ? ou ne la contagionne-t-il jamais ? (Loi de Baumès Calle).

Cette dernière loi est reconnue fausse. Il est probable que la mère est syphilisée, qu'elle peut avoir une syphilis latente alors que son fœtus fait une syphilis grave.

On se range actuellement à l'opinion de Carle, de Milian, de Leredde : quand l'enfant est spécifique, la mère est toujours atteinte, mais souvent son infection est latente, obscure, et ne se révèle par aucun signe clinique. La séroréaction peut être absente, comme tous les autres symptômes.

Il en est là comme pour la variole qui peut tuer le fœtus et donner à la mère une variole légère.

Ce sont des problèmes sur lesquels une lueur est projetée, mais qui sont loin d'être élucidés.

CHAPITRE III

FRÉQUENCE DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS

DÉBATS A CE SUJET

Sur la fréquence de la syphilis en général et de l'hérédo-syphilis en particulier, comme sur beaucoup d'autres questions en médecine, il faut avouer que l'unanimité n'existe pas.

En 1928, les syphiligraphes sont toujours accusés par quelques praticiens, comme l'était Fournier il y a quarante ans, de voir la syphilis partout, et plus encore, de la traiter trop énergiquement, au risque de tuer leurs malades. Aux yeux de ces critiques, l'extension du domaine de la syphilis est voulu pour l'extension de la clientèle.

Il y a quelques mois à peine, à la Société Médicale des Hôpitaux, un débat a éclaté entre les cardiologues et les syphiligraphes. Les premiers ont défendu le territoire où ils se sont spécialisés.

Pour eux, la syphilis est incriminée trop fré-

quemment comme cause des maladies de cœur et de l'aorte, et le traitement spécifique qui leur est appliqué a fait des victimes.

A quoi les syphiligraphes répondent que la syphilis en France tue 100.000 sinon 150.000 individus par an, parce qu'ils sont mal soignés. De plus, ils apportent maints faits probants de guérison obtenus par un traitement spécifique énergique.

Ce qui se produit dans beaucoup de branches de la médecine existe également pour le diagnostic et le traitement de l'hérédo-syphilis. Le diagnostic est trop souvent de présomption, donc niable. D'où il suit que le traitement spécifique même chez les hérédos, est repoussé par quelques-uns, fait avec une grande modération par beaucoup et énergiquement conduit par quelques autres syphiligraphes.

Quelle est la raison de ce dissentiment ?

Le Docteur Leredde l'a dénoncée dans l'évolution même de la médecine et nous nous rangeons à son avis. Rappelons brièvement cette évolution :

La médecine débuta par la topologie. Chez les sauvages, le sorcier cherche l'endroit du corps où siège le mal pour y appliquer ses remèdes. Quant à la cause du mal, pour lui, c'est un esprit, un démon qu'il faut expulser de la région où il se manifeste. Et il y applique une ventouse, il scarifie, il saigne, il pose un emplâtre vésicant, etc... Ou il prétend qu'un animal, un corps étranger a pénétré dans la région malade, il la suce et en retire un débris d'os, un caillou, du charbon, un ver..., formes matérialisées.

de l'esprit ennemi. C'est encore l'idée du peuple. Il est satisfait quand il a dit : j'ai un mal de tête, un mal de ventre, et il applique les remèdes sur la région malade.

Quant à la fin du xvii^e siècle, l'école anatomo-pathologique triompha, elle voulut des diagnostics topologiques précisés. On diagnostiquait par exemple la pneumonie, maladie locale du poumon caractérisée par une inflammation à exsudat fibrineux, etc...

Plus tard, Charcot affirmait : « le médecin doit penser anatomiquement », il le doit en neuropathologie plus qu'en toute autre spécialité, car, suivant le groupe de neurones, suivant le cordon nerveux atteint, les symptômes diffèrent absolument.

En somme, l'étude clinique, complétée par l'étude anatomique, amène à reconnaître l'existence de maladies locales, les unes aiguës, caractérisées par une inflammation aiguë, les autres chroniques, caractérisées par une inflammation chronique... de l'appareil respiratoire, de l'appareil cardio-vasculaire, du tube digestif, du système nerveux, etc... Les bases de la classification étaient simples et aisées au point de vue pratique.

D'ailleurs, le diagnostic étiologique ne fut longtemps possible que dans quelques rares maladies. On recourait alors à des entités abstraites et vagues qui n'expliquaient rien, en invoquant l'hérédité, les diathèses.

Ainsi, les médecins croyaient que le tabès et la paralysie générale s'expliquaient par l'hérédité ner-

veuse et que les affections chroniques du cœur étaient dues à une diathèse, qui aboutit à l'artério-sclérose.

Depuis les découvertes pastoriennes, les difficultés de la nosologie anatomo-clinique ont disparu d'abord en ce qui concerne les maladies aiguës. Nous savons fort bien qu'une angine diphtérique n'est pas une maladie locale, non plus qu'une pneumonie, une méningite cérébro-spinale, une néphrite aiguë, etc... Si nous étudions encore quelques infections localisées, comme des maladies locales, c'est par convention et pour des raisons d'ordre pratique (Leredde).

Nous savons que toutes les infections aiguës déterminent des localisations électives, parfois au niveau de la région où l'inoculation s'est faite.

Mais, pour les maladies chroniques, l'école anatomo-clinique a conservé son prestige ; en toute sincérité, des médecins éminents croient qu'il existe des maladies locales, et qu'il leur est permis de décrire, en s'appuyant sur l'étude des symptômes et des lésions, les maladies nouvelles, dont ils ne cherchent pas les causes. Leur médecine rappelle la botanique descriptive, et leur herbier nosologique s'enrichit tous les jours.

On reconnaît à quel point le diagnostic topologique est ancré dans le cerveau de nos contemporains, au relevé des statistiques de décès.

On y trouve des morts par attaques d'apoplexie, par anévrysmes de l'aorte, etc..., mais jamais on ne trouve la cause de ces lésions, qu'elle soit la syphilis ou toute autre. C'est pourquoi il n'y a pas lieu de

faire état de ces statistiques et le chiffre des décès par syphilis est probablement bien plus élevé que celui qu'on donne officiellement.

De telles erreurs ne devraient plus subsister.

Aujourd'hui, que nous comprenons l'importance du diagnostic étiologique, et sommes à même souvent de l'obtenir, les théories pastoriennes doivent régner sur la nosographie et la thérapeutique des maladies chroniques comme elles règnent déjà sur celles des maladies aiguës. Il ne faut pas s'arrêter à leur égard au diagnostic topologique, mais aller jusqu'au diagnostic étiologique. Il faut que notre mentalité évolue avec notre savoir, que, de plus en plus, cette recherche de la cause première devienne notre but.

Elle doit l'être surtout pour une maladie comme la syphilis qui est d'une extrême fréquence.

Contre cette dernière constatation, les antisypphiligraphes s'inscrivent en faux. Il est curieux de voir les différences qui existent pour fixer cette fréquence. Ceux-ci ne relèvent que 6 à 7 pour 100 de syphilitiques à Paris, ceux-là montent à 15 et 20 pour 100 ; les sypphiligraphes l'élèvent à 35 et 40 pour 100 et certains croient ce nombre encore au-dessous de la vérité.

Tous sont de bonne foi, mais ceux-ci ne recherchent pas la syphilis avec obstination ; le nombre des syphilitiques a augmenté depuis qu'on sait que la réactivation au début du traitement spécifique rend

un Wassermann positif. Ou encore, ils ne tiennent pas un compte suffisant des hérédosyphilitiques.

L'accoucheur, bien placé pour faire cette recherche, est plutôt du côté des syphiligraphes.

Pour l'accoucheur, en sa nosographie, le cadre de la syphilis s'étend et se précise tous les jours. Il n'a d'abord cherché qu'à la première génération. Actuellement, il la trouve à la seconde couramment. Il la décèle malgré son atténuation à la troisième, comme l'avait montré Fournier, et même à la quatrième génération (Audrain). Quelques-uns croient la trouver à la cinquième.

Les idées d'Audrain, qui fut professeur d'accouchement à l'Ecole de Médecine de Caen sont donc en voie de triompher.

Certains contestent cette extension prolongée dans le temps de l'hérédosyphilis. Même si on ne l'admet pas, on a intérêt à y recourir en clientèle, et à charger ainsi les aïeux pour innocenter les parents vivants.

En tenant compte de ces acquisitions incessantes, le chiffre de 35 pour 100 de syphilitiques, admis comme le plus élevé, ne paraîtra point exagéré. On doit même rappeler combien il est faible par rapport à celui de 90 ou 95 pour 100 relevé dans nos colonies.

Or, le mode de vie était le même chez nous à la Renaissance qu'il est actuellement chez les indigènes, la proportion d'alors devrait être aujourd'hui sensiblement la même.

Sans doute, 35 pour 100 est encore un nombre

relatif énorme. Le milieu des villes est propice à la culture du tréponème ; et les campagnes auparavant à peu près indemnes se contaminent à leur tour.

On ne saurait mieux comparer la fréquence de la syphilis dans certains pays qu'à celle du paludisme dans les contrées à anophèles. Or, on sait qu'un médecin qui exerce dans une contrée impaludique, devant toutes les manifestations morbides, même les plus insolites, s'il n'en connaît pas la cause exacte, commence par essayer la quinine. C'est une pierre de touche. Devant la fréquence et l'obstination de la syphilis à travers les générations, l'accoucheur devrait agir de même.

Sans doute les progrès de l'hygiène chez les civilisés ont permis un abaissement considérable du taux des malades. Une telle constatation est un réconfort pour ceux qui ont entrepris la lutte contre les maladies vénériennes.

Mais les idées sont lentes à se faire jour et nous concluons avec le docteur Chabassut :

« Le délicat problème ne recevra sa solution que lorsque les yeux de tous les praticiens se désillèrent. Alors seront morts les temps romantiques de l'hérédité de la vérole. Les jours héroïques paraîtront. Nous aurons une véritable attitude scientifique » (1).

(1) *Revue Moderne de Médecine et de Chirurgie*, 1927, p. 241.

CHAPITRE IV

LE SERVICE DE DÉPISTAGE DANS LES MATERNITÉS

Avant que fût organisé le service de dépistage de l'hérédo-syphilis dans les Maternités, les syphiligraphes estimaient à « 95 pour 100 au minimum le nombre des hérédos ignorées » (Leredde).

Aujourd'hui, avec cette organisation de dépistage, on se heurte à la difficulté des hérédosyphilis occultes.

L'hérédo-syphilis, plus encore que la syphilis, nous apparaît comme une maladie polymorphe revêtant tous les masques. Sans doute, il en est de même de bien des maladies, notamment de la tuberculose, mais aucune ne témoigne au même degré que la syphilis de l'impuissance d'une nosographie systématique.

Le domaine clinique de la syphilis héréditaire s'est étendu, en ces dernières années et s'étend encore en de telles proportions, que les limites n'en paraissent pas encore définitivement fixées. Il ne reste

rien de la conception ancienne qui faisait des accidents cutané-muqueux le pivot du diagnostic. Comme la syphilis acquise, celle héréditaire apparaît aujourd'hui comme une septicémie susceptible d'atteindre tous les organes sous toutes les formes, et pendant toute la durée de l'existence. Sans aller jusqu'à dire, avec certains extrémistes (dont les exagérations mêmes ont d'ailleurs été très utiles) que toute affection chronique doit faire automatiquement songer à cette hérédité, on doit reconnaître que l'application systématique de traitements dans bien des cas, autrefois non catalogués, a sauvé des milliers d'existences.

On en est venu à ces axiomes que :

1° Aucun signe clinique ne permet d'exclure la syphilis; dans l'hérédo-syphilis, les stigmates peuvent être absents dans les deux tiers des cas. La négativité absolue de tous les signes de laboratoire ne permet pas non plus de l'exclure ;

2° Il n'y a point de signe de certitude de la syphilis. Les signes n'offrent qu'une probabilité plus ou moins grande.

Il n'y a point de signe de certitude, car nous voyons que ces prétendus signes en certains cas peuvent être causés par des infections différentes.

La pathologie comparée est précieuse à cet égard.

A ceux qui croient que l'anévrisme de l'aorte, les lésions du cœur, etc., sont toujours le résultat

d'une syphilis, on opposera qu'ils s'observent chez les animaux qui sont indemnes de ce mal.

Du moment où il n'existe que des signes de présomption, il y a toute utilité à en réunir le plus grand nombre possible... Seul un faisceau de signes affirme le diagnostic.

Il faut donc organiser systématiquement dans les Maternités le dépistage de l'hérédo-syphilis. Cette organisation a été notamment réalisée à Paris à la Clinique Beauclerc, par MM. Marcel Pinard et Couvelaire ; à la Clinique Tarnier, par le Professeur Brindeau qui l'a spécialement étudiée ; à la Maternité de Reims, par le docteur Chappaz, chef de Clinique obstétricale, chargé du service de dépistage.

Nous nous appuierons sur le fonctionnement de ces services, ayant pu voir de près les deux derniers.

Ces services se basent sur la donnée psychologique que le dépistage qui se fait à un moment donné et à cet instant seul est insuffisant et risque d'égarer.

Le dépistage se fera peu à peu, en y mettant tout le temps nécessaire. Il sera cinématique.

A ce titre, on ne saurait trop insister sur l'utilité des livrets sanitaires individuels. Les hygiénistes ont souvent réclamé l'institution de pareils livrets, qui suivraient toute la vie chaque individu et remplaceraient le médecin de famille d'antan, qui connaissait tous les antécédents des personnes qu'il soignait.

Ces livrets se heurtent à la répugnance du public qui craint de voir ses tares connues.

Nul ne serait mieux placé que l'accoucheur pour les faire adopter par les mères.

Notez que ces livrets ne violent aucun secret professionnel, étant entre les mains de l'intéressé qui peut ne s'en servir que vis-à-vis de son médecin ou même le lui laisser ignorer.

En attendant cette réalisation, l'accoucheur devra fixer et exploiter trois champs de renseignements qu'il relèvera et inscrira au fur et à mesure sur trois fiches :

- 1° *la fiche prénatale,*
- 2° *la fiche d'accouchement,*
- 3° *la fiche du nourrisson.*

Ces renseignements étant pris suivant une méthode très rigoureuse toujours la même, arrivent à être obtenus par les accoucheurs d'une façon quasi automatique.

Sur ces trois fiches, tout ce qui concerne la syphilis sera souligné d'un trait rouge. De la sorte, les trois fiches parleront d'elles-mêmes. On aura une vue d'ensemble immédiate.

1° *La fiche prénatale :*

Cette fiche sera établie au moyen des :

a) *Antécédents héréditaires* (parents et collatéraux), pris auprès de la parturiente, et si possible par une enquête familiale.

Voici un plan abrégé d'enquête familiale que nous empruntons au Docteur Leredde (1) :

La mère a-t-elle eu des fausses couches, notamment des fausses couches multiples, coup sur coup ? A-t-elle amené à terme ou avant terme des enfants morts ou morts-nés ?

b) *Antécédents du père. Antécédents collatéraux :*

La famille du mari a-t-elle perdu des enfants ? Combien en a-t-elle perdu ? A quel âge sont morts ces enfants ? De quelles maladies sont-ils morts (la fréquence des méningites et des convulsions dans les familles est énorme) aucun n'a-t-il présenté de malformations ? Quel est l'état de santé des parents, frères, sœurs ? Y a-t-il des cas de maladies nerveuses ? (hémiplégie en particulier), de maladies mentales, de maladies de cœur ou des vaisseaux, de cirrhose du foie, d'urémie, d'emphysème pulmonaire, d'affections osseuses ? Y a-t-il eu des morts ? Quelles ont été les causes ?

Mêmes questions pour les grands-parents, les frères et sœurs des parents.

L'existence de la syphilis chez le mari d'une femme atteinte d'une affection chronique rend vraisemblable la nature syphilitique de cette affection.

Une enquête familiale bien conduite et négative ne suffit pas à nier la syphilis acquise parentale :

(1) Leredde. — « Nouvelles études sur la Syphilis », 1921, p. 124.

20 % des hommes syphilitiques, 50 % des femmes ignorent leur mal (Leredde).

c) *Antécédents personnels de la parturiente* y compris son passé obstétrical, si elle est multipare.

d) *Etat actuel de la femme*, avec la marche et les incidents de sa grossesse.

L'infection congénitale ne sera bien connue, les limites de son domaine ne seront établies que le jour où le médecin sera libre de rechercher la syphilis, sans être arrêté par les préjugés actuels chez toutes les personnes appartenant à une famille. Assez souvent l'infection acquise ne sera pas découverte chez les parents mêmes d'un ou de plusieurs enfants hérédo-syphilitiques, il faudra remonter aux grands parents (syphilis de deuxième génération).

2° *La fiche d'accouchement :*

Cette fiche nous est connue. Elle est anciennement pratiquée dans les écoles de sages-femmes. Nous l'établirons conformément au modèle.

3° *La fiche du nourrisson :*

Tout enfant de syphilitique doit être présumé syphilitique et réciproquement la mère d'un enfant hérédosyphilitique est nécessairement syphilitique elle-même, même si elle n'en a aucun signe et aucun antécédent.

Pour être plus clair, nous établirons une fiche récapitulative :

I. *Fiche prénatale :*

Père mort à 45 ans, hémorragie cérébrale.

Mère, 2 avortements.

2 collatéraux morts de méningite, convulsions.

Enfance chétive.

Crises épileptiques.

Rachitisme.

Polyadénite.

2 avortements et un prématuré.

1 enfant décédé de méningite.

II. *Fiche d'accouchement :*

Réaction sérologique positive.

Hydramnios.

Excès de volume du placenta.

III. *Fiche du nourrisson :*

Hépatosplénomégalie.

Orteil surnuméraire.

Vomissements fréquents.

Cris perpétuels.

Hydrocèle unilatérale.

CHAPITRE V

SIGNES CLINIQUES DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS

Les signes indicateurs de la syphilis sont, nous l'avons dit, si nombreux et si variés qu'il faudrait plusieurs volumes pour les étudier d'une façon complète.

Nous n'en donnerons ici qu'un aperçu.

1° *Fiche prénatale* : Citons surtout l'albuminurie et l'éclampsie de la femme enceinte qui relèvent souvent de l'hérédo-syphilis. Cette dernière détermine des lésions de nature identique à la fois sur le placenta et les reins de la mère.

2° *Fiche d'accouchement* : Les placentas syphilitiques se reconnaissent à :

a) *leur aspect général* : Ils sont en général volumineux, gros, oedématisés, offrant des cotylédons séparés par des sillons profonds. De ci, de là, des néoplasmes de formes polypeuses sont implantés dans la partie libre de la caduque tandis que des

tumeurs dures d'aspect papuleux ou condylomateux pénètrent comme des coins dans le tissu des cotylédons placentaires. En d'autres parties, on sent à la palpation des épaissements, sans ou avec nodosités peu profondes, constituant des plaques scléreuses de tissus grisâtres et résistants, le plus souvent superficiels. Ces lésions n'ont rien de spécial et elles manquent très souvent.

b) *leur poids* : le poids du placenta syphilitique représente un quart du poids d'un fœtus syphilitique à terme, tant chez les fœtus qui naissent vivants que chez ceux qui succombent in utéro. Or, le rapport normal étant de 1/6, cette augmentation de poids du placenta devient un moyen de diagnostic. Ce placenta peut accompagner un fœtus qui ne présente aucune lésion apparente (Maygrier).

c) Le placenta dit albuminurique est tout à fait différent. C'est un placenta petit, atrophique, scléreux, carnisé, et bosselé vers sa surface utérine, bourré et « truffé » dans son épaisseur, et sur sa coupe d'infarctus maronnés, de volume et de couleurs variables. (Pr. Fruhinsholz). Un tel placenta accompagne généralement un fœtus du type araignée (Pinard). Il s'accompagne d'albuminurie, mais pas toujours et constitue un stigmate obstétrical important.

Citons simplement les dystocies, les lenteurs de l'accouchement, les métrorragies les intoxications puerpérales et les infections post-partum.

3° Fiche de l'enfant :

A. — Etat général : L'état de l'enfant hérédosyphilitique atténué peut se classer suivant trois catégories principales.

I) La syphilis maternelle, acquise ou héréditaire, est suivie de *stérilité* ; il existe des ménages syphilitiques qui n'ont pas d'enfant, quel que soit leur désir. Dans des cas plus nombreux, et surtout lorsque la mère a été infectée par un syphilitique atteint de date récente, *aucun enfant ne vient à terme*. La syphilis détermine un nombre invraisemblable d'avortements, de fausses couches, de macérés et de morts-nés : elle est, de ce seul fait, cause acquise de dépopulation.

II) L'enfant naît vivant avant terme ou à terme. Né malingre et chétif, voire athrénique, il peut être emporté de suite par émaciation progressive et fatale, ou encore, il a une fragilité spéciale au trauma obstétrical, pendant l'accouchement et dans les heures qui suivent.

La syphilis héréditaire comme l'acquise, créent l'inaptitude à la vie (Alfred Fournier).

III) L'enfant hérédosyphilitique se présente souvent à la naissance sans les signes de l'infection qui n'apparaîtront qu'au bout de quelques semaines.

Mais souvent il a une vitalité diminuée, il est malingre ; déjà le poids moyen d'un nouveau-né est de 3.250 grammes d'après les classiques. Ici, ce poids

est rarement atteint ; il ne dépasse guère 2.500 grammes : la courbe d'accroissement est souvent modifiée. Au lieu de perdre dans les trois premiers jours 100 à 150 grammes pour reprendre ensuite sa croissance normale, en augmentant de 20 à 30 grammes par jour, il descend brusquement de 300 à 400 grammes, puis il continue encore à maigrir pendant 10 à 15 jours quelquefois plus longtemps, quelquefois jusqu'à la terminaison fatale. S'il traverse sans encombre la dangereuse période qui suit la naissance, il se ressent cependant longtemps de la chétivité originelle. Cet état se traduit chez lui par de multiples manifestations qu'engendrent toute débilitation, toute déchéance organique profonde, et aussi par l'état de réceptivité spéciale qu'il présente à l'égard des maladies. (Weil et Mouriquand.)

IV) A l'inverse, le poids moyen de l'hérédop peut dépasser 4.000 grammes, il peut être énorme, devenir cause de dystocie

Ce bel enfant peut s'athrépsier par la suite. Il peut continuer sa progression, être précoce, se faire primer au concours de bébés. Le gros enfant est souvent un hérédosyphilitique. Il est inapte à la vie et meurt dans les premières années.

On le voit, toutes les variétés peuvent s'observer. Elles aboutissent toutes à une mort prématurée.

V) Voici enfin des hérédosyphilitiques d'aspect normal. Ils sont mis au sein, ils débent bien,

leur courbe de croissance ne présente aucune particularité.

Ils accusent une symbiose normale avec le tréponème. Mais l'équilibre est fragile ; ils vivront, mais sujets aux morbidités les plus diverses. L'héredo-syphilitique survivant aura plus tard de l'asthénie (surtout chez les femmes) état compliqué parfois de retentissement psychique, caractère émotif. Cet état est curable par le traitement spécifique (Merklen, Devaux, Desmoulière).

VI) Les dystrophies des adolescents (Hutinel) caractérisées par l'état de fatigue, l'anémie, les troubles de croissance, un appétit capricieux, une activité physique et mentale ralentie.

Les déséquilibrés et la débilité mentale. Il peut y avoir des troubles mentaux curables, que l'on peut améliorer par le traitement spécifique.

VII) Des insuffisances glandulaires qui s'ajoutent à l'action des tréponèmes pour engendrer ou amplifier les états précédents.

L'insuffisance hépatique notamment a été souvent relevée chez les hérédos. Elle amène une difficulté pour instituer un traitement énergique.

Plusieurs genres de produits conceptionnels indiquent la syphilis. Citons :

A. — La gémellité, si les deux enfants sont de même sexe, avec une seule poche amniotique et un seul placenta, en un mot, s'ils sont univitellins, est un signe en faveur de la syphilis.

La mole hydatiforme serait un signe spécifique (Bar).

Il semblerait que ces variations tiennent à la virulence du tréponème transmis par les parents. C'est possible; mais il faut aussi tenir grand compte du terrain. En effet, un père syphilitique peut procréer successivement avec la même femme, des enfants tantôt très hérédos, tantôt n'en présentant aucun signe; le tout peut être entremêlé de fausses couches. Il peut à des intervalles de temps très rapprochés procréer avec une femme un hérédos très intense, avec une autre, un enfant sain (Charrier).

B. — *Stigmata* : Alfred et Edouard Fournier ont dressé la liste des stigmates propres à la syphilis héréditaire qui depuis a été fort étendue.

Au niveau de la *peau* : cicatrices de la commissures des lèvres, vitiligo, taches blanches souvent très étendues avec au centre des surfaces hyperpigmentées.

Au niveau des *yeux* : amblyopie congénitale, nystagmus, strabisme, héméralopie, lésions du fond de l'œil, *kératite interstitielle*, sourcils qui se rejoignent.

Au niveau des *muqueuses* : langue scrotale, à plis fissuraires profonds.

Au niveau de *l'appareil auditif* : surdité, surditité.

Au niveau des *dents* : dents d'*Hutchinson*, en *tournevis*; érosions cuspidiennes, atrophies cuspi-

diennes, érosions en cupules, en nappes, *microdontisme*, tubercules de Carabelli.

Au niveau du *squelette* : crâne en boule, hydrocéphalie, microcéphalie, front olympien, *crâne natiforme*, asymétrie faciale, palais ogival, *tibia en lame de sabre*, luxation congénitale de la hanche, pied-bot, rhumatisme déformant, *sternum en entonnoir*, gigantisme partiel, hyarthroses multiples.

Au niveau du *système nerveux* : troubles du développement intellectuel et moral, incontinence d'urines.

C. — Des *Malformations* ou anomalies par troubles de développement : spina-bifida, becs de lièvres (grande fréquence), imperforation rectale, persistance du canal péritonéo-vaginal, hypospadias, extrophie vésicales, syndactylie.

Toute anomalie anatomique, toute malformation n'est pas exclusivement syphilitique, mais toute anomalie anatomique est une présomption de syphilis héréditaire.

D. — Des *Dystrophies* : nanisme ; gigantisme, infantilisme, déformation du pavillon et du lobule de l'oreille, syndactylie, malformation cardiaque, aortique, ectasie veineuse, hypoplasie utérine testiculaire.

E. — Des *lésions inflammatoires*, méningites, convulsions, gastro-entérites, ictères infectieux, déformations *craniennes* dues à des synostoses préma-

turées ou précoces, hydrocéphalies, retards de la parole, arriérations mentales.

F. — Des insuffisances des glandes à sécrétion interne, surtout de l'insuffisance hépatique qui est un obstacle au traitement intensif, etc..., etc...

Nous terminerons par la mise au point du docteur Chabassu (1) :

« Ardent reflet, reflet discret, l'hérédo-syphilis luit sur cinq générations et s'y apaise, faisant le lit de bien des choses. Elle gonfle toute la pathologie, mais jusqu'ici, on ne lui a fait sa part qu'à regret, comme on fait la part du feu. Les signes cliniques en sont variés à l'infini, du trait brutal au fondu, à ce qui n'est plus qu'une atmosphère. L'accord est bien près de se faire sur les stigmates des deux premières générations d'hérédos, après une discrimination byzantine en signes probables et certains. Ils se lèvent, aisément repérables, sur la route de tout observateur, non dépourvu de bon sens.

Là où les choses se gâtent, c'est pour se mettre d'accord entre médecins sur les signes d'hérédité spécifique au cours des autres générations. Là, en effet, ils s'y assouplissent et s'y fondent du spécifique au banal. Mais, en les cherchant dans la violente lumière de l'enquête familiale, conduite avec science et vigueur, on les retrouvera aisément.

Séro-diagnostic : Les séro-diagnostic des mour-

(1) *Revue Moderne de Médecine et de Chirurgie*, 1927, p. 241.

rissons hérédo-syphilitiques ne constituent pas plus des signes de certitude pour ou contre la spécificité que les signes cliniques.

Les résultats obtenus par prise de sang du nouveau-né hérédo sont souvent incertains. On ne doit pas faire autant de cas du séro-diagnostic que chez l'adulte.

Un B. W. négatif ne doit jamais empêcher le traitement s'il existe des probabilités d'infection (Hutinel, Lacapère et Laurent).

On aura recours à la ponction lombaire, facilitée par la souplesse vertébrale de l'enfant. On en fait le B.-W. qui peut être positif. On constate la lymphocytose et l'hyder-albuminose qui peuvent relever d'autres infections, notamment de la tuberculose méningée.

Les examens de laboratoire apportent une contribution importante.

La syphilis fonctionnelle ou méiopragique (Merklen, Devaux et Desmoulière), de par sa minime virulence actuelle, se révèle parfois par un Bordet-Wassermann atténué. Souvent celui-ci fait défaut.

Il faut alors avoir recours au Desmoulière. Voilà comment cet auteur l'explique : « En additionnant d'une dose convenable de cholestérine une macération alcoolique de poudre de foie d'hérédo-syphilitique ou de porc préalablement délipodée par équi-

sement à l'éther, on peut obtenir un antigène d'une très grande sensibilité et d'une bonne conservation. Cet antigène aux doses indiquées a permis l'hémolyse totale dans les témoins sans sérum de malade ou avec des sérums provenant de non syphilitique ».

La réaction de Desmoulière est bien plus sensible que celle de Wassermann et de Hecht. Elle décèle la syphilis dès ses premiers jours, période où le Wassermann ancien ne le permettait pas.

Dans un certain nombre de cas elle donne des réactions nettement positives, avec des sérums de syphilitiques anciens ou traités alors que la réaction de Wassermann effectuée par la méthode habituelle était négatif.

Elle peut être positive pour le liquide amniotique, alors qu'elle est négative dans le sang.

Dans l'hérédo-syphilis, il est utile d'essayer le Desmoulière. Accompagnée d'un Wassermann atténuée, cette réaction témoigne d'une virulence plus marquée qu'avec un Wassermann négatif. Cette dernière association constate l'atténuation marquée du virus transmis d'une génération à l'autre. Les syphilis fonctionnelles qui appartiennent à des hérédos et sont atténuées, sont légion. Elles seraient méconnues si le Desmoulière ne permettait pas de les dépister. Le Desmoulière s'impose en face des syndromes cliniques d'une syphilis atténuée, quand le *Wassermann est douteux* ou négatif.

Un mot du traitement spécifique, en ce qui le

distingue des autres traitements de même nature. Peu de différences et de peu d'importance.

Quand le nourrisson passe de la Maternité à la section du traitement qui doit être distinct et autonome, l'infirmière récapitule sur un carton spécial les motifs de la décision.

A la clinique Tarnier, le premier semestre 1927, un nourrisson sur 8 a été, en moyenne, envoyé au traitement.

En cas de doute, il faut instituer un traitement. Si le diagnostic de la syphilis acquise est parfois un diagnostic de présomption, celui de la syphilis héréditaire l'est encore plus fréquemment, car la plupart des hérédo-syphilitiques ont une séro-réaction négative et ne présentent que des stigmates de légère valeur, et même aucun stigmate. L'accoucheur est ainsi amené dans des cas nombreux à procéder d'une manière presque expérimentale et à appliquer un traitement anti-syphilitique dont il observera les effets. Souvent la modification de poids, l'amélioration de la santé, confirment le diagnostic et lui donnent peu à peu une réelle certitude.

« Naturam morborum curatione ostendunt »

Le traitement doit être énergique si l'on veut stériliser. Ainsi, jusqu'au XVIII^e siècle, on guérissait les syphilitiques avec des remèdes moins péremptoirs que ceux que nous possédons.

A. Fournier a institué un traitement adouci et de longue durée. Les syphilitiques soumis à la méthode restaient souvent contagieux et exposés aux

accidents éloignés de l'affection : un grand nombre conservaient au bout de quatre ans une séro-réaction positive et des altérations parfois graves du liquide céphalo-rachidien, sans parler de lésions de l'aorte, des artères cérébrales, et de bien d'autres régions.

Les règles du traitement de la syphilis héréditaire sont exactement celles qui s'appliquent à l'infection acquise. Les résultats que l'on obtient au moyen des arsénobenzènes, quand ils peuvent s'employer en injections sous-cutanées ou intra-musculaires chez le nouveau-né seraient supérieurs à ceux des préparations mercurielles. Le dosage dépend du poids de l'enfant.

A signaler que le nourrisson supporte mieux les frictions mercurielles que l'adulte. Le professeur Marfan emploie beaucoup le mercure dans son service des Enfants-Assistés.

La femme enceinte syphilitique doit être traitée avec une précision et une rigueur extrêmes. Dans le cas même où l'affection est récente, l'enfant peut à cette condition venir à terme, paraître sain. Il sera cependant nécessaire de le surveiller de près et de constater par tous les moyens de recherches l'absence de la syphilis; enfin de le traiter énergiquement lorsqu'il existera des signes de présomption.

OBSERVATIONS

Nous les avons prises, la première à la Maternité de Reims, toutes les autres à la Clinique Tarnier, dans le Service de notre Maître, le Professeur Brindeau.

OBSERVATION I

(prise à la Maternité de Reims, service de dépistage
du D^r Chappaz)

Mme A..., 29 ans.

1^{re} *Fiche prénatale.* — Antécédents héréditaires : Père mort d'hémorragie à 45 ans. Mère vivante, 63 ans, bien portante. Elle a eu 11 grossesses, 2 avortements ; 4 décédés de méningite, 1 tué à la guerre ; 6 vivants, dont 1 au sanatorium. Mari en bonne santé.

Antécédents personnels : A eu une enfance malade ; a marché à 18 mois ; a été réglée à 16 ans.

Diphtérie à 10 ans ; scarlatine à 12 ans ; *crises nerveuses depuis la puberté, du type épilepsie.* Signes nets de rachitisme : déformation des membres, cuisses en parenthèses, chapelet costal, dentition mauvaise. *Poly-adénite généralisée, petits ganglions multiples.*

Antécédents obstétricaux :

1921 : avortement 3 mois.

1922 : accouchement 8 mois 1/2 d'un enfant vivant.

1923 : avortement 2 mois 1/2.

1924 : accouchement à terme d'un enfant décédé de méningite. Etat actuel : grossesse de cinq mois, normale. Bassin légèrement aplati, promontoire accessible. Envoyée au service thérapeutique.

A 8 mois de grossesse, la malade se plaint de céphalée.

Examen sérologique : B.-W. positif, Hecht positif, Desmoulière positif.

2° *Fiche d'accouchement.* — Entrée à la salle le 4 mars 1927, à 8 heures. La rupture de la poche se produit à 10 heures, liquide amniotique normal, abondant. Accouchement normal après 6 heures de travail. Délivrance normale. Placenta de 530 grammes, avec un cordon long et très mince.

3° *Fiche du nourrisson.* — Enfant mâle. 2.580 gr., avec hépatosplénomégalie et orteil surnuméraire. Le poids passe à 2.350 grammes le quatrième jour. Depuis, progression régulière et constante.

Le 25 mars : Vomit après chaque tétée ; cris perpétuels. Envoyé pour traitement au service.

Le 25 avril : Ne vomit plus. *Hydrocèle unilatérale.*

Le 25 mai : Hydrocèle continue.

Le 25 juin : Hydrocèle disparue ; le ventre a diminué.

Le 25 juillet : A eu un rhume. Cataplasmes sinapisés. Tousse encore. La mère remplace deux tétées par deux bouillies.

Le 25 septembre : A percé deux incisives supérieures, les deux inférieures apparaissent. La mère est réglée ; lait diminué.

2 bouillies, 4 tétées. 2 tétées et 2 biberons de 150 gr.

plus 2 bouillies de 150 gr. et 2 cuillers à café de farine.

Conclusions : Syphilis de la mère certaine. Enfant hérédo, a pu survivre grâce au traitement spécifique institué de suite.

OBSERVATION II

Mme B..., 23 ans.

Entrée à la Clinique le 21^r janvier 1928. A la salle de travail le 23.

1^o *Fiche prénatale.* — Mère bien portante. Père décédé d'une embolie au cœur.

3 sœurs bien portantes ; 1 frère décédé de phlébite.

Réglée à 14 ans, normalement depuis.

Urines très albumineuses. Tension artérielle : 16-12. Gros œdème de la jambe droite et de la paroi abdominale sous-ombilicale, surtout à droite de la ligne médiane.

Wassermann de la mère négatif ; Desmoulière positif.

2^o *Fiche d'accouchement.* — Le 22 janvier, à 13 heures, début du travail. Les douleurs deviennent violentes la nuit. 23 janvier, à 12 heures, intervention par le Professeur Brindeau.

Césarienne vaginale pour femme pré-éclampsique. Dilatation 5 francs. Désinsertion du vagin. Section du segment inférieur en avant. Tête fœtale descend immédiatement. Tête mal ossifiée appliquée du D. S. au D. P. Application du forceps Demelin qui tend à déraper. Application du forceps Tarnier pour ramener l'occiput en avant. On voit la tête se défléchir, pendant les tractions, comme si l'occiput était retenu. On enlève le Tarnier et on l'extrait à la vulve avec le Pajot. Au moment de pratiquer la délivrance, on s'aperçoit d'un deuxième fœtus. Délivrance artificielle, suture de l'incision ; petite bavure

dans le cul-de-sac latéral droit. La femme perd d'une façon excessive. On tamponne.

3° *Fiche des nourrissons.* — La première jumelle pesait 2.850 grammes ; la deuxième 2.500.

Grossesse univitelline, avec placenta de 900 grammes.

Conclusion : Du fait des antécédents parentaux, de la dystocie, de la grossesse gémellaire univitelline, du Desmoulière positif, enfants à traiter et à suivre.

OBSERVATION III

Mme Ch.,, 41 ans.

Fiche prénatale. — Père décédé albuminurique. A marché à 13 mois, a été réglée à 17 ans. Est obèse.

A eu : 1 grossesse normale en 1907, une fausse-couche de trois mois en 1908, cinq accouchements normaux en 1910, 1912, 1915, 1918 et 1920.

Urines albumineuses le 6 décembre 1927 avec grande quantité de pus et colibacilles. Tension artérielle : 111 1/2 au Vaquez. Dilatation dure 6 heures 20 minutes. Liquide amniotique teinté et fétide. Présentation du siège mobile. Version spontanée. Gros étirement des os du crâne.

Accouchement naturel d'une fillette morte, avec début de macération, pesant 3.000 grammes. Délivrance naturelle d'un placenta de 390 grammes.

Examen sérologique de la mère : Wassermann négatif ; Hecht un peu suspect ; Desmoulière positif.

Conclusion : Instituer un traitement spécifique de la mère.

OBSERVATION IV

B..., 27 ans.

Entrée dans le service le 13 mars 1928.

En travail le 6 avril.

1° *Fiche prénatale*. — Père mort de cancer. Mère bien portante. A marché à 14 mois, réglée à 11 ans 1/2. Rougeole d'enfance, encéphalite épidémique en 1922.

Enfant né par le siège, à terme, spontanément. Procréateur bien portant. Urines normales.

2° *Fiche d'accouchement*. — Liquide amniotique normal. Accouchement à terme.

3° *Fiche de nourrisson*. — Garçon vivant de 3.900 grammes. Arrière faix de 600 grammes.

Wassermann négatif. Desmoulière positif atténué.

Conclusions. — Le seul signe positif d'hérédité est le Desmoulière atténué. C'est insuffisant pour instituer un traitement spécifique. Mais il faut continuer une surveillance et la prolonger en inscrivant les résultats sur la fiche du nourrisson.

OBSERVATION V

L., 35 ans, entrée en travail le 23 avril 1928.

1° *Fiche prénatale*. — Père mort accidentellement à 27 ans. Mère bien portante. A marché à 13 mois, a été réglée à 13 ans, toujours.

A eu la diphtérie à 4 ans. Elle présente de grosses varices des membres inférieurs.

A eu quatre accouchements naturels, à terme, mais délivrance artificielle à chacun de ces accouchements pour hémorragie.

Enfants vivants pesant 6 livres en moyenne.

Un enfant mort à 3 ans de broncho-pneumonie. Le deuxième mort de gastro-entérite, à 2 ans. Le troisième mort à 13 jours de (?). Le quatrième à 17 jours avec pemphigus. Le cinquième accouchement, forceps pour

enfant volumineux, vivant, bien portant. Délivrance artificielle.

Procréateur a un ulcère à l'estomac.

Les urines sont normales.

Wassermann négatif en 1922 et 1923.

2° *Fiche d'accouchement*. — Travail et expulsion du fœtus naturel. Liquide amniotique normal.

3° *Fiche du nourrisson*. — Garçon vivant de 3.650 grammes, normal, bien portant. Séro-diagnostic tous négatifs, sauf Desmoulière positif.

Conclusion. — Les antécédents obstétricaux sont sujets à caution. L'enfant est gros, il est à surveiller.

OBSERVATION VI

M..., 25 ans, entrée à la clinique le 27 mars 1928, à la salle de travail le 28.

1° *Fiche prénatale*. — Père mort à 45 ans de méningite tuberculeuse.

Mère morte à 48 ans, d'une néphrite

Elle a marché à 13 mois, a été réglée à 12 ans. A eu la rougeole et scarlatine à 12 ans. Une sciatique à 21 ans, soignée à Hérold par des rayons ultra-violets et des rayons X. Des piqûres de soufre colloïdal. Pharyngite chronique, entérite.

Urines normales.

Procréateur bien portant.

2° *Fiche d'accouchement*. — Lenteur de la période d'expulsion. Non progression de la tête.

Application du forceps donne une bosse séro-sanguine.

3° *Fiche du nourrisson*. — Fille vivante, pesant 3.390 grammes.

Liquide amniotique : purée de méconium.

Délivrance naturelle ; inertie utérine.

Wassermann négatif. Desmoulière négatif dans le sang, positif dans le liquide amniotique.

Conclusion : Surveiller l'enfant.

OBSERVATION VII

L..., 20 ans, entrée le 18 mai 1928.

1° *Fiche prénatale.* — Parents et cinq collatéraux bien portants.

Réglée à 14 ans.

Pas de maladies de l'enfance.

A eu un premier enfant en 1925, qui se porte bien.

A commencé à tousser le sixième mois de sa grossesse. Bacilles de Koch nombreux.

Trachéo-tomie, 20 janvier, 2 heures. Fièvre s'élève à 40°. Meurt le 30 mai.

2° *Fiche d'accouchement.* — 20 janvier, 11 h. 40, Forceps Tarnier.

Garçon vivant pesant 2.790 grammes. Délivrance naturelle. Arrière-faix pèse 410 grammes.

Séro-réaction négative. La bacillose est en cause, non la syphilis.

OBSERVATION VIII

V..., 37 ans, entrée en travail le 8 avril 1928.

1° *Fiche prénatale.* — Père mort paralytique à 40 ans.

Mère et trois sœurs bien portantes.

A eu de fréquentes bronchites dans l'enfance.

A eu une kératite interstitielle gauche, traitée à l'Hô-

tel-Dieu par deux séries de piqûres au cyanure de mercure.

Wassermann faiblement positif.

2° *Fiche d'accouchement.* — Durée, 6 h. 15. Naturel. Placenta, 800 grammes.

3° *Fiche du nourrisson.* — Garçon vivant, pesant 3.940 grammes, en bon état. Elevé au sein durant huit mois.

Séro-réaction : Bordet-Wassermann, négatif ; Desmoulière positif.

OBSERVATION IX

L. B..., 33 ans.

1° *Fiche prénatale.* — Famille toute bien portante. A eu la grippe en 1926.

Pluripare : 1° fille en 1920 ; 2° garçon, 1921 ; 3° mort-né, présentation de la face, 1923 ; 4° fille vivante, 1924 ; 5° garçon vivant.

2° *Fiche d'accouchement.* — Excès de liquide. Métrorragie à la suite d'une chute. Placenta praevia, vingt-quatre heures après le travail. Version par manœuvres internes.

1° *Fiche du nourrisson.* — Fille en état d'asphyxie blanche, pesant 3.690 grammes ; mort-née. Arrière-faix pesant 550 grammes. Wassermann négatif. Desmoulière positif atténué.

OBSERVATION X

Ch..., 39 ans.

1° *Fiche prénatale.* — Père mort à 49 ans, de pleurésie. Mères et sœurs bien portantes.

Pluripare: 1^o enfant vivant; décédé à un an, de broncho-pneumonie; 2^o enfant mort à 16 mois, de méningite tuberculeuse (?); 3^o enfant mort à 4 mois 1/2, de cardiopathie congénitale; 4^o enfant vivant bien portant.

2^o *Fiche d'accouchement.* — Hydramnios. Rupture artificielle des membranes. Accouchement naturel à terme.

3^o *Fiche du nourrisson.* — Garçon macéré, pesant 4.600 grammes. Déchirure profondé du périnée. Placenta de 710 grammes.

Wassermann négatif. Desmoulière positif total.

Liquide amniotique: Wassermann négatif. Desmoulière positif atténué.

OBSERVATION XI

Cl..., 36 ans.

Antécédents héréditaires: Parents bien portants.

Antécédents personnels: a eu, en 1923, une fille bien portante présentée par la face; en 1924, une fausse couche de six semaines; en janvier 1927, idem.

Depuis, se plaint de règles très douloureuses, durant huit jours au lieu de quatre.

Février 1928, métrorragie durant presque tous les jours persistant; 8 mars, entre à l'hôpital très anémiée. Au toucher, tumeur du volume d'une orange incluse dans l'utérus; 22 mars, hystérectomie.

Wassermann positif. Hecht positif. Desmoulière positif.

OBSERVATION XII

D. J..., 21 ans.

Parents et quatre frères et sœurs bien portants. Elle a été bien portante. A subi une laparotomie pour kyste de l'ovaire droit.

Fœtus de 800 grammes. Délivrance artificielle à cause d'une adhérence du placenta à la face antérieure de la caduque très épaisse. Placenta pèse 300 grammes.

Wassermann négatif. Desmoulière positif atténué.

OBSERVATION XIII

D..., 20 ans.

Parents bien portants. Réglée à 12 ans et multipare.

1° avortement d'un mois il y a un an, suivi d'un curetage ; 2° grossesse actuelle. Procréateur bien portant. Avortement à 4 mois 1/2 d'un garçon macéré pesant 300 grammes, caduque très épaisse.

Wassermann négatif. Desmoulière positif total.

CONCLUSIONS

1° L'accoucheur est actuellement le médecin le mieux placé pour dépister et traiter l'héredo-syphilis,

Il l'est du fait de l'extension prise par les institutions de secours en faveur des filles-mères.

Il l'est du fait qu'il peut prendre des observations de longue durée, traitant la mère, pendant et après l'accouchement, et soignant l'enfant plusieurs mois après sa naissance.

2° Les observations prises dans les maternités sont cinématiques. Elles comportent :

- a) une fiche prénatale ;
- b) une fiche d'accouchement ;
- c) une fiche du nourrisson.

Sur ces trois fiches, les renseignements concernant la syphilis seront soulignés.

3° Le diagnostic ne doit pas résulter d'un ou quelques signes de probabilité, mais d'un ensemble de signes le plus grand possible. Il n'y a pas de signes de certitude absolue.

4° La séro-réaction de Desmoulière est un utile adjuvant qui contribue au diagnostic en s'adjoi-

gnant aux autres signes quand le Wassermann est négatif.

5° Les Maternités sont une armes les plus efficaces dans l'arsenal *antisypilitique*.

Elles ne luttent pas seulement directement contre la dépopulation en protégeant les nourrissons, elles agissent indirectement en assainissant la race.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

Léon BERNARD.

Vu et permis d'Imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

I

« Sero-Réaction » de A. Desmoulière. — Nous les publions à part, étant donné leur petit nombre et leur intérêt spécial.

Desmoulière (A.). — L'antigène dans la réaction de Wassermann. (Bulletin de l'Ac. de Sciences, 23 sept. 1912 et 4 nov. 1912).

Merklen (P.), Devaux (A.) et Desmoulière (A.). — Sur quelques aspects méconnus de la syphilis. Intérêt pratique de la réaction de Desmoulière. (Paris Médical XI, 1921).

Merklen (P.), Devaux (A.) et Desmoulière (A.). — Les asthénies par troubles polyglandulaires d'origine syphilitique. (Presse Médicale XXIX, 1921).

Gougerot et Peyre (E.). — Valeur diagnostique de la réaction de Desmoulière: (Annales des mal. vénér. XX, 1925).

Desmoulière (A.) et Merklen (P.). — La réaction de Desmoulière : technique et interprétation clinique. (Journal Médical français XII, 1923).

II

Dépistage de la syphilis dans les Maternités.

Abramovitz (Alfred). — La fonction de reproduction et les stigmates obstétricaux chez les Hérédo-Syphilitiques (Thèse du Doct., février, Nancy, 1928).

Athané (C. P. V.). — Les maisons maternelles. Leur rôle dans la lutte contre la mortalité infantile. (Thèse de Bordeaux, 1923).

- Ahmann (G.)*. — Le traitement des femmes syphilitiques pendant la grossesse peut-il prévenir la syphilis héréditaire. (Acta dermato-vénérol cl., V, 1924 n° 1, p. 262-302).
- Aviragnet, Hubert et Dayras*. — Quelques syndromes pouvant être réalisés par l'Hérédo-Syphilis. (Journal de Médecine, Paris, 1926).
- Augagneur*. — Syphilis et ses rapports avec la grossesse et l'avortement. (Province médicale, 1912).
- Babonneix*. — L'hydrocéphalie syphilitique (Monde Médical, 1922).
- Babonneix*. — Mongolisme et syphilis héréditaire. (La Pédiatrie, 1922).
- Basteau*. — Prophylaxie et traitement de l'hérédo-syphilis. (Thèse de Bordeaux, 1925-26).
- Belding (D.-L.)*. — The detection of syphilis in prenatal clinics. (Amer. Jour. of obstetr. and gynecol. IX, 1925).
- Benoist (C.)*. — Une consultation de prophylaxie prénatale. (Thèse de Paris, 1927).
- Berro (R.)*. — Die Frühdiagnostik der Kongenitalen Syphilis. (Arch. latin-amer. de pediatria XX, 1926).
- Blanc (M.)*. — Contribution à l'étude de la syphilis larvée du nourrisson. (Thèse de Bordeaux, 1925-26).
- Bruzaud-Grille (T.-P.)*. — Contribution à l'étude des formes cliniques de la syphilis héréditaire du nourrisson. (Thèse de Toulouse, 1923-24).
- Berlin*. — A propos de quelques cas de syphilis conjugale. (Bull. de la Soc. franç. de Derm. et Syph., 1926).
- Barthélémy (A.)*. — Hérédo-Syphilis et glandes endocrines. (Thèse Paris, 1919).
- Bertin*. — Syphilis latente et grossesse. (Presse Médicale, 1926).
- Brindeau*. — Résultats tirés de l'examen de 500 réactions de Bordet-Wassermann chez les femmes récemment accouchées. (Bull. de l'Académie de Médecine).
- Carré*. — Notre armement anti-vénérien au point de vue administratif et philanthropique (Assistance, hygiène et prévoyance sociales). (Médec. Internat., 1926, juillet, XXXIV).

Cavaillon (A.). et Nicolas (J.). — Prophylaxie sociale de la syphilis héréditaire. (Annales des maladies vénériennes, XXII, 1927, sept.).

Cavaillon (A.). et Viborel (L.). — L'effort de propagande de la France pour combattre le péril vénérien. (Annales de l'hygiène, V, 1927, août).

Chevitch (A.). — Le dépistage de la syphilis héréditaire dans les consultations de nourrissons. (Thèse de Lille, 1926-27).

Couvelaire (A.). — Organisation du traitement prophylactique de l'héredo-syphilis dans les Maternités. (Revue d'hygiène, XLIV, 1922, n° 12).

Crocy (R.). — Contribution à l'étude de la valeur sérologique de la réaction de Wassermann dans la syphilis héréditaire de la première enfance. (Thèse de Paris, 1924).

David (R.). — L'héredo-syphilis dans une consultation de nourrissons. (Thèse de Paris, 1923).

Dépistage de la Syphilis. — De la Maternité, Maison Maternelle, Consultation de Nourrissons.

Dujol (G.) et Laurent (C.). — Prophylaxie de la syphilis héréditaire. (Presse Médicale, Paris, 1927).

Dupouy (A. P. A.). — Dépistage de la syphilis et contrôle de son traitement par la méthode de Vernes. (Application au Dispensaire de la Compagnie du Midi). (Thèse de Bordeaux, 1927-28).

Fournier (Edmond). — L'héredo-syphilis tardive. (Masson et Cie, Paris, 1907).

Faroy (G.). — Le pancréas et la parotide dans l'héredo-syphilis du fœtus et du nouveau-né. (Thèse de Paris, 1909).

Fournie (Alfred). — L'hérédité syphilitique. (Leçons recueillies par le docteur Portalier), 1891.

Lévy-Fanchel (A.). — Lésions de l'aorte chez les héredo-syphilitiques nouveau-nés. (Société de biologie, 1909).

Fontaine (Pierre-Maurice-Albert). — Contribution à l'étude du traitement du pied-bot varus équin chez le nourrisson.

- Fournier (Roger-Elie-Pierre-Jean)*. — A propos de quelques cas de pyélonéphrite de l'enfance. (Bull. soc. d'obst. et de gynécol. XIV, 1925).
- Gardel (Mlle)*. — Avenir des hérédo-syphilitiques précocement traités. (Thèse de Paris, 1925).
- Golay*. — A propos de l'hérédo-syphilis paternelle. Annales des maladies vénériennes, 1908.
- Gallot*. — La syphilis dans la maternité. (Thèse de Paris, 1925).
- Higoumenakis (G.)*. — La syphilis héréditaire seconde génération et son traitement. (Ann. des mal. vénér. XIX, 1924).
- Hutinel*. — Le terrain hérédo-syphilitique. (Masson, 1925).
- Janselme*. — Un cas d'hérédo-syphilis de deuxième génération. (Bull. de Derm. 1925).
- Jullien*. — La descendance des hérédos. (Congrès de Paris, 1900).
- Klaften (E.)*. — Die Bekämpfung der Syphilis an Gebäranstalten. (Wiener Klin. Wochenschr. XXVII, 1924).
- Laurent (G.)*. — La lutte antisiphilitique dans les maternités. (Journ. des Médecins de Lyon III, 1922).
- Laurent (C.)*. — Bilan de 4 années de lutte anti-syphilitique dans une maternité. (Ann. des mal. vénér. XX, 1925).
- Laurent (C.), et Peyrot (M.)*. — Le dépistage de la syphilis dans les maternités. (Loire Médicale, XLII, 1928).
- Laurentier (C.)*. — Syphilis cliniquement évolutives à sérologie muette. (Ann. de dermat. et syph. Paris, VII, 1927, avril).
- Le Lorier et Galliot*. — Grossesse et syphilis. Considérations sur quelques malades traitées au dispensaire de la Maternité de Boucicaut. (Bull. soc. d'obst. et de gynécol. XIV, 1925).
- Le Lorier et Galliot (A.)*. — Fonctionnement du Dispensaire antisiphilitique de la Maternité de l'Hôpital Boucicaut. (Bull. soc. d'Obstétr. et de gynécol. XIV, 1925).
- Le Lorier et Galliot*. — Dépistage obstétrical des crypto-syphilis. (An. des mal. vén. Paris, XX, 1925).

- Lemaire (H.) et David (R.).* — L'hérédo-syphilis dans une consultation de nourrissons. (Bull. soc. de pédiatrie de Paris, 1923, IV et Le Nourrisson, 1923, XI).
- Lemaire (H.) et David (R.).* — De la valeur sémiologique de quelques signes de probabilité de l'hérédo-syphilis. La maladie des vomissements habituels. (Bull. soc. de pédiatrie de Paris, 1923 XXI).
- Leplat (J.).* — Le rôle de la consultation prénatale dans la prophylaxie de l'hérédo-syphilis. (Thèse de Lille, 1924-25).
- Leredde (E.).* — Le diagnostic de la syphilis héréditaire et les altérations du milieu sanguin. (Presse médic. Paris, XXXII, 1924).
- Lujan (M.).* — Etude sur l'organisation et la protection de la première enfance à Paris et dans la Seine. (Thèse de Paris, 1928.)
- LEREDDE (E.).* — Traitement prophylaxie de la syphilis. (Paris, 1921).
- Leredde.* — Nouvelles études sur la syphilis. (Paris, 1921.)
- Leredde.* — Un fléau social : la syphilis et l'organisation de la lutte antisiphilitique. (Paris, 1922.)
- Levaditti.* — La transmission héréditaire de la syphilis. Cours à la Clinique Baudelocque, 1924.
- Larger.* — Les stigmates obstétricaux de la dégénérescence. (Thèse Paris, 1902.)
- Lereboullet.* — Traitement de l'hérédo-syphilis. (Progrès Méd., 1925.)
- Martin.* — L'importance de la recherche de la syphilis pour l'Obstétrique. (Monatsschrift für Geb. und Gyn., 1925.)
- Martinez (A.).* — Organisation de la lutte contre la syphilis. (Ce que la France a fait pour enrayer la propagation de cette maladie.) (Thèse de Paris, 1927.)
- Menneret (Y.-C.).* — Essai historique sur la prophylaxie médico-sociale de la syphilis congénitale. (Thèse de Paris, 1928.)

Marfan. — Le Nourrisson, 1922. Quatre leçons sur le rachitisme.

Nattan-Larrier. — L'hérédo-contagion des spiriloses. (Ann de l'Inst. Pasteur, 1921.)

Melken (C.). — Bemerkungen zur klinik der Lues congenita. (Medig. Klinik. XX, 1924.)

Noailly (D.). — Les maisons maternelles. La nourricerie départementale du Rhône (Maison du Vinatier). (Thèse de Lyon, 1927-28.)

Nobecourt. — Anémie chez les nourrissons hérédo-syphilitiques. (La Clinique, 1925.)

Pagé. — Syphilis héréditaire et hydrocéphalie. (Thèse Paris, 1924.)

Pautrier. — Syphilis et grossesse. (Monde Médical, 1924.)

Péhu. — Sur le dépistage de la syphilis héréditaire dans la première enfance par la radiographie osseuse. (Presse thermale et climat. LXXXIX, 1928.)

Pinard (M.). — Dans quelle mesure la méconnaissance systématique de la syphilis est-elle responsable des erreurs de diagnostic ? (Bulletin et mém. soc. méd. des hôpitaux de Paris, XL 1924.)

Pinard (M.). — La contamination de la femme et de l'enfant d'un syphilitique héréditaire. (Bulletin et mém. soc. méd. des hôpitaux de Paris, XXXVII, 1922.)

Pinard (M.). — Sur quelques signes connus d'hérédo-syphilis. (Clinique XVIII, 1923.)

Pinard (M.). — Dépistage de la syphilis au début de la gestation. (Paris médical XII, 1923.)

Pinard (M.). — Maladie de Friedreich. Syphilis familiale ignorée. (Bulletin soc. franç. de dermatol. et syphil., 1921.)

Pinard (M.). — Sulla presenza dell treponemo nella sperma e sulla sifilide ereditaria concezionale. (Boll. d. Cliniche XXXVIII, 1921.)

Pinard (M.). — Les syphilis que le Wassermann négatif fait méconnaître. Nécessité des enquêtes familiales. (Bull. et mém. soc. méd. des hôp. de Paris XXXVI, 1921.)

Pinard (M.). — Hérédo-syphilis dite tardive. Premiers accidents diagnostiqués à 78 ans (Bull. soc. franç. de dermat. et syph., 1921.)

Pinard (M.), Deguignand et Mouquier. — Des erreurs graves que peut faire commettre au médecin le peu de sensibilité des séro-réactions de la syphilis. (Bull. et mém. soc. méd. des hôp. Paris XXXVII, 1921.)

Pinard (M.) et Girard (P.). — La stérilisation de la syphilis chez le nouveau-né et le nourrisson. Contrôles de traitement sérologiques et céphalo-rachidiens. (Bull. et mém. soc. méd. des hôp. Paris, XXXVIII, 1922.)

Pinard (M.) et Rabut. — Le fonctionnement de la consultation du soir à l'hôpital Boucicaut. Bull. et mém. soc. méd. des hôp. de Paris, XXXIX, 1923.)

Pinard (M.). — Conférence de la syphilis héréditaire.

Pinard (M.). — Prophylaxie. Syphilis. (Annales de Gyn., 1905.)

Pinard (P.). — Présence du tréponème dans le sperme. (Paris médical, 1921.)

Renault (P.). — Les enfants des syphilffiques. Recherches de l'hérédo-syphilis. (Bulletin médical Paris, 1927.)

Riche. — Syphilis héréditaire de seconde génération par héniteurs apparemment sains. (Thèse de Lille, 1924-25.)

Rostain. — Syphilis acquise chez les hérédos: (Thèse Paris, 1925.)

Riocreux. — Syphilis héréditaire paternelle. (Thèse Paris, 1888.)

Récamier. — Troubles endocriniens d'origine hérédo-syphilitique chez la femme. (Annales des mal. vénér., 1926.)

Sauphar (G.). — La syphilis larvée dans les consultations générales. (La Médecine, Paris IX, 1928.)

Simon-Clément. — Un cas d'hérédo de deuxième génération. (Bulletin de Derm., 1921.)

Simon-Clément. — Questions de syphiligraphie. (Paris, 1926.)

- Scheikewitch.* — Suis-je syphilitique ? (Librairie Médicale, Paris, 1928.)
- Schwab.* — Syphilis du placenta. (Thèse Paris, 1896.)
- Thomas André et Long-Landry.* — Convulsions chez les descendants des hérédosyphilitiques. (Paris Médical, 1924.)
- Troisfontaines.* — Syphilis héréditaire de troisième génération. (Journal des maladies cutanées, 1904.)
- Tixier.* — Il faut traiter les hérédosyphilitiques apparemment sains. (Rev. méd. française, 1925.)
- Vacquier.* — De l'hydrocéphalite hérédosyphilitique. (Thèse Toulouse, 1896.)
- Vermelin.* — Hérédosyphilis de troisième génération. Soc. d'Obst. et Gyn., Nancy, juillet 1927.)
- Vezely.* — La recherche de l'hérédité syphilitique. (Journal de méd. de Bordeaux, 1925.)
- Vignes (H.) et Galliot.* — La prophylaxie des accidents hérédosyphilitiques dans les maternités parisiennes. Progrès méd., 1923.)
- Vollmann (E.).* — Les nouvelles méthodes de sérodiagnostic de la syphilis. (Bulletin Institut Pasteur, 1920 XVIII.)
- Vignes et Galliot.* — Traitement de la syphilis à la Maternité de Lariboisière. (Soc. d'Obst. et Gyn., Paris, 1922.)
- Vernie.* — La part de la syphilis dans les albuminuries de la gestation. (Paris, 1927.)
- Xardel (J.).* — Essai sur la prophylaxie des maladies vénériennes. Fonctionnement de la Consultation d'Aix en Provence. (Thèse de Montpellier, 1924.)

